

FONDATION DE LA CITE RAMBAUD

Siège social 176 avenue B.BUYER 69009 LYON - Tél : 04 78 25 51 73

DEMANDE D'ADMISSION

- Ce dossier constitue la première étape de l'admission et devra être complet pour l'inscription sur la liste d'attente des établissements de la Fondation RAMBAUD.
- Si ce n'est pas déjà fait, le futur résident devra prendre rendez-vous pour un entretien individuel avec l'infirmière de la résidence souhaitée en priorité.

NOM :

Prénom :

Cette demande d'admission concerne :

- la Résidence située 176 Avenue B.Buyer - 69009 LYON - Tél : 04 78 25 51 73 -

- la Résidence située 31 avenue St Exupéry - 69100 VILLEURBANNE -Tél : 04 78 84 30 48 -

- la Résidence située 35 rue professeur Nicolas - 69008 LYON - Tél : 04 78 74 36 87 -

Actuellement, la personne est :

A domicile Autre (préciser) :.....

Date de la demande : Date d'entrée souhaitée :

Préférences éventuelles, commentaires :

.....
.....
.....
.....

Ce dossier comprend :

- un volet administratif à compléter par le futur résident ou toute personne habilitée à le faire.
- un volet médical à faire obligatoirement compléter par un médecin (de préférence le médecin traitant).

Pièces à fournir :

- Photocopie attestation de Sécurité sociale.
- Photocopie mutuelle
- Photocopie ordonnance en cours
- Photocopie Avis imposition.
- Photocopie Pièce identité

Cadre réservé à l'établissement : Ne pas remplir

Visite effectuée par le demandeur le :

Date Renouvellement de la demande le :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

- Le Référent familial (personne désignée par le futur résident qui sera le correspondant prioritaire pour la Fondation RAMBAUD en cas d'hospitalisation, de décès ...) :

NOM, Prénom, lien de parenté :

.....

Adresse :

.....

.....

Tél : Portable :

Mail :

- Autres personnes (famille ou ami) :

.....

.....

.....

.....

.....

DISPOSITIONS EN CAS DE DECES :

Dispositions prises : (afin de respecter votre choix, ces renseignements nous sont nécessaires si vous n'avez pas de famille, facultatifs sinon)

- Contrat obsèques : oui - non

.....

.....

- Don du corps à la science oui - non.....

.....

- Autre :

.....

.....

- Coordonnées du notaire :

.....

.....

.....

.....

PERSONNES AUTORISEES A ENTRER DANS LE LOGEMENT

En cas d'absence, merci de nous préciser le nom des personnes à qui nous pouvons ouvrir votre logement (en cas d'hospitalisation, etc...)

o Le référent familial, cité précédemment : oui non

o Autres personnes autorisées :

.....
.....
.....

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

- J'accepte que ma photo d'identité soit dans mon dossier administratif de la Fondation :

oui non

- J'autorise la publication de ma photo dans le cadre des photos prises au cours des animations :

oui non

ACCORD DU FUTUR RESIDENT

o La personne concernée est-elle consentante à cette demande d'admission ? Oui

Non

o Qui complète cette demande ?

L'intéressé :

Autre, coordonnées du demandeur :

.....
.....

Fait à

Le

Signature de l'intéressé

Signature du demandeur
(si autre que la personne concernée)

Loi Informatique et Libertés :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Conformément à cette loi, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en adressant à la direction une demande écrite.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Demande d'admission en foyer-logement de la Fondation RAMBAUD

(Confidentiel, à compléter par le médecin traitant ou un autre médecin,
à mettre sous enveloppe pour le médecin coordonnateur de la Fondation Rambaud)

à la date du

NOM.....

Prénoms : **né/e le** :

Taille : **Poids** :

Pacemaker : oui non.

Antécédents médicaux :
.....
.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux :
.....
.....
.....
.....

Allergies connues :

Vaccinations :

- Pathologies actuelles** :
- fonction locomotrice :
.....
 - cardio-vasculaire :
.....
 - neurologique :
.....
 - urinaire :
.....
 - digestif :
.....

- autres :

.....
.....

Troubles psychologiques :

- état dépressif :

.....

- agitation ou agressivité :

.....

- idées délirantes :

.....

- troubles de la mémoire, orientation :

.....

- troubles du sommeil :

.....

- consommation d'alcool :

.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....
.....

Médecin traitant :

.....

Suivi particulier : (Hôpital, CMP, etc ...)

.....
.....
.....

Infirmier libéral :

Kinésithérapeute libéral :

Aide-ménagère, auxiliaire de vie :

Assistante sociale :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (grille nationale AGGIR)

→ Cette grille devra obligatoirement être remplie par le médecin traitant avant l'admission.

A : fait seul totalement, habituellement, correctement,

B : fait partiellement

C : ne fait pas

Grille nationale AGGIR-variables discriminantes	A, B ou C
COHERENCE : Converser, e/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE Concerne l'hygiène corporelle	
HABILLAGE S'habiller, se déshabiller, se présenter	
ALIMENTATION Manger les aliments préparés	
ELIMINATION Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
TRANSFERTS Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

Grille nationale AGGIR - variables illustratives	
GESTION Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE Préparer se repas, et les conditionner pour être servis	
MENAGE Effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT Prendre et/ou commander un moyen de transport	
ACHATS Acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT Se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITES DE TEMPS LIBRE Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe temps	

GIR :

Fait le :

Tampon et signature du médecin :